

Adénites et Lymphangites tuberculeuses

de la

PAROI THORACIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ambroise BELLEVILLE

né à MOUTIERS (Savoie) le 6 Août 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

ADÉNITES ET LYMPHANGITES TUBERCULEUSES
DE LA PAROI THORACIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 118

Adénites et Lymphangites tuberculeuses

de la

PAROI THORACIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ambroise BELLEVILLE

né à MOUTIERS (Savoie) le 6 Août 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

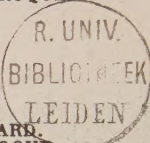
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARR.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURICQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PIAVOT.
Médecine légale.....	Y.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de mon affection et de mon
profond sentiment de reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. LE DOCTEUR SANTY

Professeur agrégé de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

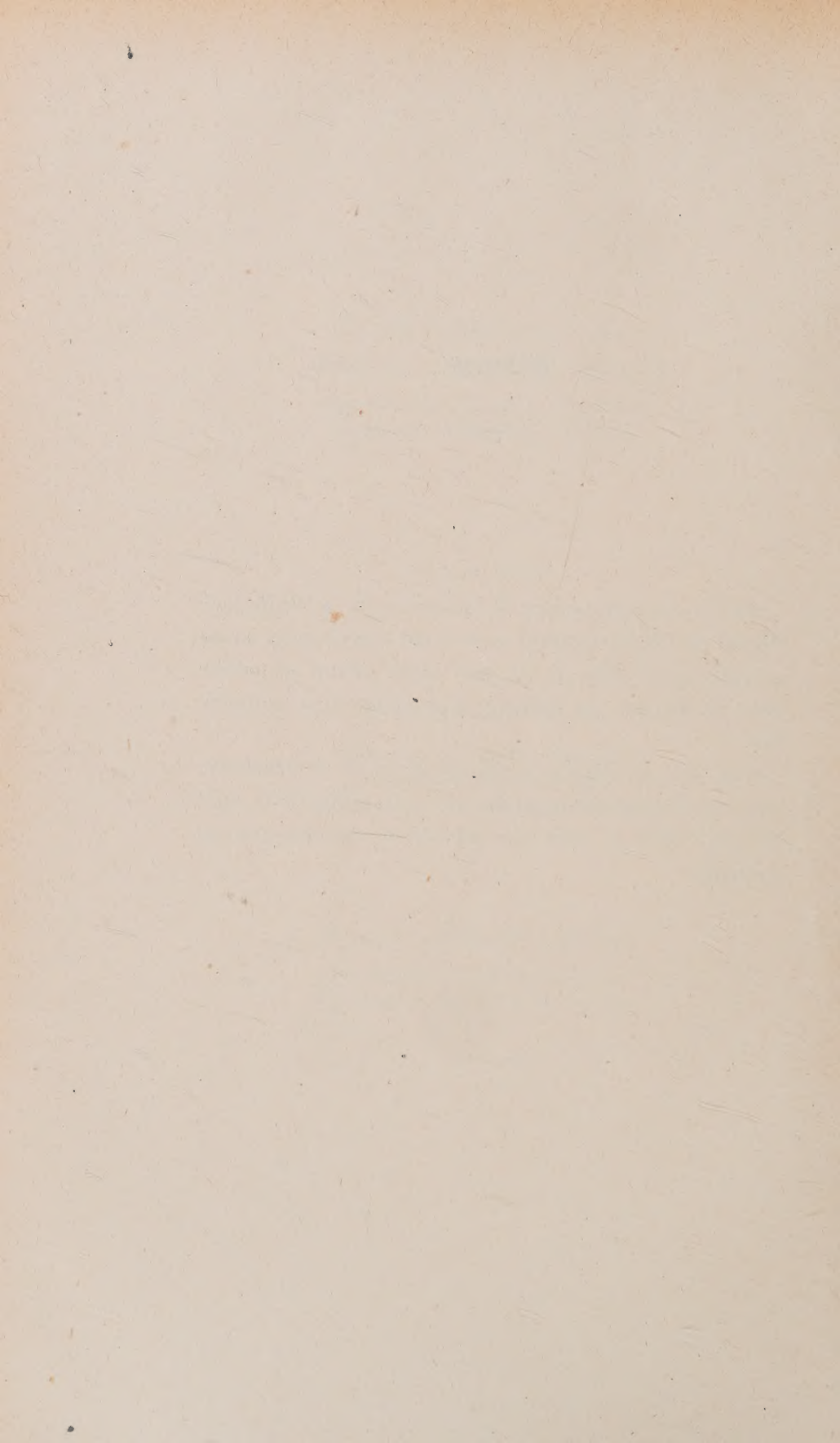
MONSIEUR LE DOCTEUR DUNET

Professeur agrégé de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Préface.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Bérard de l'honneur qu'il nous a fait d'avoir bien voulu présider notre thèse et de nous avoir permis de puiser dans sa clinique les éléments nécessaires à sa composition.

Nous tenons aussi à remercier M. le D^r Wertheimer, chef de clinique chirurgicale, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous en a facilité la rédaction par ses conseils.



ADÉNITES ET LYMPHANGITES TUBERCULEUSES DE LA PAROI THORACIQUE

Introduction.

Dans sa lettre à DUPLAY, publiée en 1876 dans le *Progrès Médical*, VERNEUIL concluait de la façon suivante :

« *Je crois qu'on peut admettre comme possible l'origine ganglionnaire de certains abcès de la paroi thoracique.* »

De telles adénopathies existent, en effet, mais il faut avouer que leur nombre est infiniment restreint. Depuis lors, des observations ont été publiées montrant le bien fondé de cette hypothèse. Les faits, qui avaient souvent échappés aux anatomistes dans les recherches purement cadavériques, ont été mis en lumière au cours de thoracoplasties exécutées par M. le Professeur BÉRARD, dans sa clinique chirurgicale. Ces interventions thoraciques larges apporteront sans doute quelques éclaircissements à cette question encore si complexe.

Les adénopathies tuberculeuses de la paroi thoracique furent étudiées à l'occasion des très nombreuses théories pathogéniques émises au sujet des abcès froids de cette région ; aussi notre premier chapitre sera-t-il un historique de la question.

Dans un deuxième chapitre, nous décrirons les ganglions intercostaux et leurs loges et, en nous inspirant du travail si précis de SOULIGOUX, nous étudierons les lymphatiques pleuraux ainsi que leur connexion avec ceux du poumon et de la paroi.

Les observations prendront place dans un troisième chapitre. Nous relaterons l'observation de SANCHEZ-TOLEDO, résumée par VADON, celle d'ARDOUIN et enfin les quatre faits nouveaux observés dans la clinique de M. le Professeur BÉRARD.

Le ganglion peut-il être primitivement infecté? Une lésion pleuro-pulmonaire sous-jacente est-elle toujours nécessaire? Dans un quatrième chapitre, nous tâcherons de répondre à ces questions par des arguments empruntés aux classiques, ainsi que par l'examen de nos propres documents cliniques.

Dans un cinquième et dernier chapitre, nous nous livrerons à quelques déductions thérapeutiques indiquant les cas les plus favorables pour une intervention et ceux dans lesquels la thoracoplastie paraît être contre-indiquée.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est à l'occasion de l'étude des abcès froids que furent signalées les adénites tuberculeuses de la paroi thoracique. Les doctrines pathogéniques concernant ces abcès froids sont nombreuses et c'est à LEPLAT que revient l'honneur d'avoir fait paraître un travail d'ensemble à ce sujet ; telle est l'opinion de VADON, dont nous nous sommes inspirés pour écrire ce chapitre. LEPLAT, dans les *Archives générales de Médecine*, 1865, pose les conclusions suivantes :

« 1° La carie et la nécrose des côtes sont vraisemblablement trop volontiers invoquées comme origine des abcès périostiques. Quand il n'existe ni scrofule, ni syphilis, ni contusion violente, il est irrationnel de supposer une altération osseuse ; lorsque celle-ci existe, elle peut être consécutive.

« 2° Les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter sur le tissu primitivement envahi, ont des reten-

tissements morbides sur les tissus environnants et sont cause, dans certaines circonstances, des abcès chauds ou froids des parois thoraciques. »

Ainsi, pour la première fois, il est reconnu que la lésion pleurale peut être primitive, tandis que l'ostéite n'est que secondaire.

GAUJOT, professeur au Val-de-Grâce, ne fut point partisan de ces idées et soutint la théorie de la périostite externe, qui devint classique.

DUPLAY se rangea à cette opinion et dans ses *Leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis*, 1876, fit des abcès froids de la paroi thoracique la division suivante :

a) Abcès ossifluents ;

b) Périostiques ;

c) Ordinaires ; dans cette dernière catégorie furent rangées les adénites et gommès du tissu cellulaire.

DUPLAY considérait les abcès périostiques comme les plus fréquents. C'étaient, à son avis, des collections purulentes en rapport direct avec le squelette resté sain, tout au moins au début de l'affection, la face externe du périoste étant seule atteinte.

La lettre de VERNEUIL à DUPLAY (*Progrès Médical*, 1876) et dont nous avons extrait le passage ci-dessus, marque une date ; pour la première fois, en effet, la possibilité des abcès froids thoraciques d'origine ganglionnaire était affirmée : « Un autre fait anatomique est capable d'expliquer certaines collections purulentes en bissac avec foyer intra- et extra-thoracique et une communication généralement étroite, creusée à travers l'espace intercostal, le tout sans altération de l'os. J'ai vu, il y a vingt ans, un cas de ce genre qui siégeait le long du bord droit

du sternum. L'autopsie m'a permis de reconnaître que l'abcès avait pour point de départ la suppuration d'un ganglion lymphatique accolé à la mammaire interne. Les vaisseaux intercostaux eux-mêmes, surtout au voisinage de la colonne vertébrale, sont souvent aussi accompagnés de ganglions. » Aussi VERNEUIL conclut : « *Je crois qu'on peut admettre comme possible l'origine ganglionnaire de certains abcès de la paroi thoracique.* »

Nous décrirons ultérieurement les expériences faites par SANCHEZ-TOLEDO et publiées dans sa thèse, soutenue en 1887.

LANNELONGUE donne à ces abcès une origine ostéo-myélitique. PONCET, dans son *Traité de Chirurgie*, et OLLIER, dans son *Traité des résections*, ont perdu la cause de la périostite.

TUFFIER émet la théorie dite osseuse primitive, tandis que AUCLERC, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1893, revint aux idées de LEPLAT.

SOULIGOUX, dans sa thèse intitulée : « *Pathogénie des abcès froids du thorax* », fit une place importante aux adénites et lymphangites tuberculeuses de la paroi thoracique. Son avis est que cette tuberculose ganglionnaire est une étape entre la lésion pleurale primitive et la tumeur pariétale ou l'ostéite costale considérées comme altérations secondaires. Nous parlerons à nouveau, dans notre second chapitre de l'œuvre de SOULIGOUX, qui a si magistralement décrit la topographie des ganglions intercostaux, des vaisseaux lymphatiques de ces espaces après avoir réalisé de minutieuses expériences sur les lymphatiques pleuraux. Ces travaux furent confirmés par GERVAIS DE ROUVILLE (*Montpellier Médical*, 1894) et

par TILLAUX, qui a vu un jeune homme atteint d'un abcès froid thoracique ne présentant pas de lésions osseuses. Les abcès sous-pleuraux furent étudiés par PÉRON avec leurs lésions tuberculeuses microscopiques, ainsi que par PEYROT, qui, au Congrès de Chirurgie (1897), conclut qu'il ne fallait pas rapporter tous les abcès froids du thorax à la tuberculose des arcs osseux. Un cas de ce genre est cité par VILLAR, de Bordeaux, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*.

ARDOUIN, dans sa thèse intitulée : « Pathogénie et traitement des abcès froids de la paroi thoracique », nous a fourni une observation d'abcès d'origine ganglionnaire. ARDOUIN conclue toutefois, et avec raison, que les adénites tuberculeuses de la paroi thoracique n'en restent pas moins une rareté.

VADON rapporte un cas emprunté à SANCHEZ-TOLEDO et que nous consignons dans notre étude clinique. Il existait une lymphangite tuberculeuse au niveau des espaces intercostaux associée à une adénite de même nature, trachéo-bronchique et axillaire. M. le Professeur TIXIER et M. THEVENOT ont individualisé une catégorie d'abcès froids thoraciques, auxquels ils ont attribué une origine articulaire : chondrocostale ou chondrosternale.

Les progrès apportés dans les interventions chirurgicales, ces interventions de plus en plus élargies, la pratique de la thoracoplastie en particulier, permettent des constatations qui n'étaient autrefois que trouvailles d'autopsie.

CHAPITRE II

Anatomie des fossettes de la paroi thoracique et de leurs ganglions. Lymphatiques de la paroi. Lymphatiques de la plèvre et du poumon.

Notre but dans ce chapitre est de décrire :

1° Les fossettes de la paroi thoracique et la disposition de leurs ganglions ainsi que de leurs vaisseaux lymphatiques ;

2° Les lymphatiques pleuraux, après avoir prouvé leur existence par diverses expériences ;

3° Les lymphatiques pulmonaires.

I

**Fossettes, ganglions et lymphatiques
de la paroi thoracique**

C'est dans la thèse de SOULIGOUX que nous avons puisé pour cette description, admise d'ailleurs entièrement par TESTUT et JACOB dans leur *Anatomie Topographique*.

SOULIGOUX décrit une série de fossettes, fossettes presternales, s'étendant du bord du sternum à 3 cm 1/2 de ce bord. Ces fossettes, au nombre de cinq, logent les ganglions lymphatiques mammaires internes ; la 5^e est située entre la 5^e et la 6^e côte. La topographie de ces fossettes est la suivante : leur plancher est formé par le muscle intercostal interne ; leur bord supérieur, par le bord inférieur de la côte sus-jacente ; leur bord inférieur, par le bord supérieur de la côte sous-jacente.

La première seule est complètement à découvert ; les autres ont une véritable couverture représentée par les faisceaux du triangulaire du sternum. Le dernier faisceau de ce muscle recouvre à peine la seconde fossette divisée en deux loges : externe et interne. La troisième fossette est divisée de la même façon. Toutefois, on doit noter que plus on descend, plus les faisceaux du triangulaire s'étalent et finissent par recouvrir complètement la fossette. A ce moment, nous trouvons des pelotons adipeux entre les faisceaux tendineux par lesquels ces muscles

s'insèrent. C'est par ces pelotons que s'effectue la communication entre le tissu cellulaire de la fossette et le tissu cellulaire sous-pleural. Dans ces loges, nous trouvons les vaisseaux mammaires et les ganglions lymphatiques normalement peu volumineux, au nombre de deux, mobiles. A l'état pathologique, nous les voyons alors augmentés de volume, enflammés ou caséux et faisant corps avec un tissu cellulaire lardacé.

Nous diviserons les ganglions en superficiels et profonds, en ne tenant point compte des ganglions axillaires, si bien étudiés par POIRIER et KIRMISSON.

I. — GANGLIONS SUPERFICIELS

1° Nous notons une série de ganglions appendus à l'artère mammaire externe ;

2° Un petit ganglîon au niveau du bord inférieur du thorax sur la deuxième intersection du muscle droit de l'abdomen.

II. — GANGLIONS PROFONDS

Nous les diviserons en antérieurs ou presternaux, postérieurs ou prévertébraux, et, enfin, en latéraux.

1° Les auteurs ne sont point d'accord sur le nombre des antérieurs : CLOQUET en fixe le nombre à 8 ou 9, HENLI parle de 8 à 10, KRAUSSE dit de 4, 6 à 10. Avec SOULIGOUX nous estimerons qu'il y en a ordinairement deux par espace. En tout cas, ce fait est constant pour les deuxième et troisième espaces, où nous les trouvons disposés autour des vaisseaux mammaires.

2° En avant des têtes costales, dans la partie postérieure des espaces intercostaux, contre la face antérieure des vertèbres dorsales, nous trouvons 16 à 20 ganglions de chaque côté.

3° Les ganglions latéraux sont les plus petits. Ils sont situés entre les deux muscles interne et externe, dans l'espace intercostal.

SOULIGOUX, après avoir décrit les ganglions, énumère les lymphatiques, dont ils sont tributaires :

1° Les vaisseaux du muscle droit de l'abdomen, de la partie antérieure du diaphragme, des espaces intercostaux, de la mamelle et de la plèvre se rendent dans les ganglions mammaires internes. Les vaisseaux afférents aboutissent aux ganglions médiastinaux antérieurs et surtout aux ganglions situés autour de la jugulaire interne et de la veine cave supérieure.

2° Les lymphatiques des parois latérales du thorax aboutissent aux ganglions latéraux. Ces lymphatiques, après avoir passé à travers les trous perforés latéraux se continuent, la glande ayant été traversée, avec les lymphatiques antérieurs et postérieurs, pour se terminer dans les ganglions mammaires antérieurs et prévertébraux.

3° Les ganglions prévertébraux reçoivent les vaisseaux provenant du canal rachidien, des muscles vertébraux, de la paroi externe du thorax et du diaphragme.

Nous terminerons cette étude en disant que :

a) Les vaisseaux afférents supérieurs droits s'unissent aux vaisseaux afférents des ganglions bronchiques pour former un tronc commun, tronc broncho-médiastinal droit.

b) Les vaisseaux afférents inférieurs se réunissent en troncs qui, après un trajet descendant plus ou moins long, se jettent dans le canal thoracique.

CLOQUET a bien montré l'existence de vaisseaux qui, venus du thorax, se jettent dans les ganglions axillaires. Ceci explique la fréquence des suppurations de ces ganglions au cours des pleurésies.

II

Lymphatiques de la plèvre.

Peu de questions furent plus discutées que l'existence des lymphatiques pleuraux. Admise par les uns, niée par les autres, elle fut définitivement admise à la suite des minutieuses expériences de DIBKOWSKY, de SANCHEZ-TOLEDO et de SOULIGOUX. C'est encore aux thèses de VADON et de TOLEDO que nous nous sommes rapportés pour cette étude.

Le problème n'est point récent, puisque MASCAGNI en parle déjà en 1787 : « Il y a, dit-il, des rameaux lymphatiques qui tirent leur origine de la surface libre de la plèvre par des orifices propres. » Mascagni a eu le mérite de tenter le premier leur injection et voici comment il conclut : « Ils (les lymphatiques) sont extrêmement fins et les injections au mercure ne peuvent y pénétrer. On

peut recourir, pour leur recherche, à l'introduction de liquides colorés dans la plèvre ; ces liquides sont absorbés et les vaisseaux deviennent visibles à partir de leurs pores d'origine. »

Au siècle suivant, PORTAL (*Anatomie médicale*) et BICHAT (*Traité des membres*) les admettent. Un nom est à retenir dans cette étude, c'est celui de JARJAVAY, qui, dans les *Archives générales de Médecine*, en 1847, fit le premier une description des lymphatiques pleuro-pulmonaires. Voici sa division :

Les lymphatiques sous-pleuraux se divisent en :

1° Un réseau circumlobulaire ;

2° Un réseau sus-lobulaire situé entre la face externe des lobules et la plèvre. Ce réseau se subdivise lui-même en :

a) Réseaux variqueux situés au niveau des scissures et sur la partie moyenne de la face externe des lobes ;

b) Réseaux capillaires sur le lobe supérieur, vers le sommet.

En 1866, DIBKOWSKY, l'inspirateur de SANCHEZ-TOLEDO, fit des expériences concluantes. DOGIEL, SCHWEIGER-SEIDEL se rangèrent à son avis. Nous relevons le nom de TROISIER, qui, après diverses injections de liquides colorés dans la plèvre, conclut dans sa thèse de Paris (1874) :

« La cavité pleurale communique, d'une part, avec les vaisseaux lymphatiques de la paroi pectorale, du diaphragme, d'autre part, avec les lymphatiques propres du poumon. »

La possibilité d'injecter la plèvre fut admise aussi par les anatomistes italiens BIZZAZERO et SALVIOLI, en 1876

Des expériences très précises furent effectuées par SANCHEZ-TOLEDO, reprenant les expérimentations de DIBKOWSKY et TROISIER. Les liquides employés furent le vermillon de Chine et le bleu de Prusse, tenus en suspension dans de l'eau distillée bouillie et salée à la température de 37° :

« *Nous croyons pouvoir conclure, dit-il, avec Dibkowsky, à l'existence de la communication de la plèvre costale avec les réseaux lymphatiques sous-jacents.* » La dernière partie de sa conclusion est plus importante encore, la voici : « *Il n'y avait aucun processus inflammatoire ; l'absorption de la matière colorante s'est donc faite par la plèvre saine.* » Voici un point intéressant. En effet, SANCHEZ-TOLEDO admet que les capillaires de la plèvre saine sont injectables, tandis que nous verrons bientôt que SOULIGOUX a pu injecter seulement les adhérences d'une plèvre enflammée.

SOULIGOUX s'est attaché à l'étude de l'existence des lymphatiques pleuraux. Il fit quatre expériences dont il parle de la façon suivante : « Je me suis servi exclusivement de bleu de Prusse en suspension dans de l'eau distillée bouillie et salée à la température de 37°. J'ai injecté chaque fois 5 cc. dans la cavité. Les injections portèrent sur quatre lapins. Le premier fut tué au bout de dix jours, le second au bout de quinze, le troisième au bout de trois semaines, le quatrième est encore vivant et se porte très bien. »

Souligoux put constater à la face externe de la plèvre pariétale une série de petits ganglions colorés en bleu foncé. Seules les cellules emprisonnées dans un fin réticulum présentaient cette coloration ; mais les préparations

au micro-carmin laissaient voir les noyaux occupant les travées conjonctives. En poursuivant ses recherches, l'expérimentateur se trouva en présence de ganglions intercostaux dont le tissu réticulaire était rempli de cellules colorées en bleu et disposées, soit en masses, soit en séries, et s'étendant jusqu'au-dessous de la capsule. De cette étude, nous pouvons conclure avec SOULIGOUX, que :

1° Il y a des vaisseaux lymphatiques communiquant à la fois avec ceux du poumon, du diaphragme, du péricarde et des espaces intercostaux ;

2° Les lymphatiques pleuraux sont petits et ne peuvent être injectés.

Mais les expériences ne se bornent point là. En effet, Souligoux fit avec les substances précitées une injection dans une adhérence, les deux feuillets de la plèvre se trouvant au niveau du deuxième espace intercostal, près du sternum et longue de 5 centimètres.

Voici ce qu'il découvrit :

a) Un réseau lymphatique profond communiquant avec le réseau pulmonaire et avec le réseau superficiel ;

b) Un réseau superficiel plus volumineux.

Les vaisseaux lymphatiques gagnaient l'espace intercostal et allaient aboutir dans un gros tronc d'où partait un vaisseau qui longeait le bord supérieur du deuxième espace. L'injection d'une petite adhérence verticale montant au 2° espace pour atteindre le bord inférieur de la 2° côte a permis aussi de déceler un vaisseau lymphatique. Tous ces vaisseaux ont été suivis jusqu'aux ganglions mammaires, dont l'un était caséeux. Nous pouvons conclure en ces termes :

1° MASCAGNI, DIBKOWSKY, SANCHEZ-TOLEDO, SOULIGOUX ont prouvé expérimentalement l'existence des lymphatiques pleuraux ;

2° Ces vaisseaux lymphatiques sont en communication avec ceux du thorax et du poumon ;

3° Ils sont très difficilement injectables, tout au moins sur la plèvre saine.

L'existence de ces vaisseaux n'est plus discutée à notre époque. TESTUT et JACOB, ainsi que POIRIER et CHARPY les admettent sans réserve.

III

Lymphatiques pulmonaires.

Nous ne pouvons terminer ce court aperçu anatomique sans dire quelques mots des lymphatiques pulmonaires. POIRIER et CHARPY décrivent deux réseaux :

1° Un réseau superficiel à la surface du poumon. Ses troncs efférents aboutissent aux ganglions du hile ; ils sont au nombre de 4 à 5. Quelques anatomistes estiment qu'ils s'anastomosent avec les lymphatiques profonds dans toute l'étendue de la périphérie de l'organe ; tandis que d'autres pensent qu'ils ne communiquent avec ceux-ci qu'au niveau du hile.

2° Un réseau profond subdivisé en deux systèmes :

a) Un système aérien naissant par des vaisseaux, dans l'épaisseur des parois des ramifications bronchiques et spécialement sur la muqueuse ;

b) Un système vasculaire dont les lymphatiques tirent leur origine des troncs situés sur la terminaison des bronches. L'un de ces troncs est satellite du rameau de l'artère pulmonaire de la profondeur vers le hile, en s'unissant de nouveau à d'autres lymphatiques de même origine. Les petites artères n'ont qu'un vaisseau lymphatique. Les plus grosses sont accompagnées de deux vaisseaux situés à l'opposé l'un de l'autre et s'anastomosant. Les deux systèmes communiquent largement entre eux et se jettent au niveau du hile dans les ganglions pulmonaires situés, les uns, en dehors du poumon ; les autres, dans l'épaisseur même du parenchyme.

De ces descriptions il nous sera permis de conclure :

1° Que les lymphatiques pleureux communiquent au niveau des ganglions du hile avec les lymphatiques pulmonaires ;

2° Que les lymphatiques pleuraux, dont l'existence a été expérimentalement démontrée par MASCAGNI, DIBKOWSKY, SANCHEZ-TOLEDO, SOULIGOUX, communiquent, d'une part, avec les vaisseaux lymphatiques sous-jacents et, d'autre part, avec les lymphatiques thoraciques par l'intermédiaire des ganglions mammaires internes.

Il n'y a ainsi aucune solution de continuité dans l'appareil lymphatique entre le poumon et la paroi thoracique. Pourquoi refuser alors aux adénites et lymphangites des espaces intercostaux la possibilité d'une origine pleuro-pulmonaire, surtout lorsque le squelette apparaît intact ? Nous tâcherons de le prouver dans notre chapitre IV, relatif à la pathogénie de ces abcès et à leurs divers aspects cliniques.

CHAPITRE III

Etude clinique.

OBSERVATION I

(Cas de Sanchez-Toledo, résumé dans la Thèse de VADON,
que nous rapportons pour mémoire.)

Louise D..., 12 ans, entré le 20 septembre 1886 à l'hospice des Enfants malades.

A. H. — Père bien portant. Mère chloro-anémique. 7 frères ou sœurs, 5 morts, dont un de bronchite.

A. P. — Venue à terme, aucuns accidents strumaux de l'enfance; très vigoureux jusqu'en mai 1885, époque à laquelle elle commença à s'affaiblir et à tousser. La toux augmente peu à peu de fréquence et d'intensité; douleur de côté. On diagnostique une pleurésie sèche droite. Grande maigreur, toux et crachats fréquents; pas d'hémoptysie.

Etat actuel : enfant pâle, facies terreux, non encore réglée, appétit conservé pas de troubles digestifs. On constate au-dessus de chaque clavicule des ganglions hypertrophiés, de la grosseur d'un pois. Dans l'aisselle droite, on trouve une tumeur ayant la forme et les dimensions d'un gros œuf. Cette tumeur, bosselée, douloureuse à sa partie inférieure, est constituée par une série de petites masses plus ou moins dures, mais dont aucune n'est fluctuante. Empâtement dans les régions voisines. Ni l'enfant, ni les parents ne peuvent préciser le début de cette tumeur axillaire. Légère dyspnée.

A l'examen du thorax on constate une douleur très vive à la pression, même légère, sur le pourtour de la demi-ceinture diaphragmatique droite. Cette douleur commence très exactement en avant, au point où le bord externe du droit de l'abdomen rencontre le rebord costal; elle se continue en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Elle remonte en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du rebord costal.

La palpation, la percussion et l'auscultation fournissent les résultats suivants :

Côté droit :

Palpation. — En arrière : vibrations exagérées au sommet. En avant : vibrations exagérées dans la fosse sus-claviculaire.

Percussion. — Avant : sonorité diminuée dans les tiers supérieur et inférieur. Arrière : sonorité normale dans le tiers moyen.

Auscultation. — Avant : râles humides sous la clavicule. Expiration prolongée, sifflante. Arrière : râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon.

Dans la fosse sous-épineuse, souffle caverneux avec retentissement de la toux et de la voix.

Côté gauche :

Palpation. — En arrière : vibrations diminuées au niveau des fosses sus et sous-épineuses. En avant : vibrations diminuées sous les clavicules.

Percussion. — En avant : sonorité normale. En arrière : sonorité diminuée dans la moitié supérieure.

Auscultation. — En avant : respiration rude sous clavicule. Râles sous-crépitants dans tiers inférieur. En arrière : foyer de sous-crépitants dans fosse sus-épineuse.

Toux fréquente, parfois quinteuse. Expectoration muco-purulente abondante. Examen des crachats positif. T : 37°-40°. Tuberculose bilatérale plus accusée à droite. Faut-il admettre une simple coexistence d'une adénite axillaire avec une phtisie? Cette hypothèse paraît inadmissible si l'on réfléchit :

1° Que l'adénite existe du côté où le poumon est le plus touché ;

2° Qu'il existe en même temps qu'une adénite axillaire une adénite sus-claviculaire du même côté. Il paraît donc plus logique de subordonner à la lésion tuberculeuse du poumon la lésion ganglionnaire.

Traitement : huile de foie de morue, viande crue, badigeonnages iodés.

L'état du poumon s'aggrave de jour en jour. Le souffle caverneux a augmenté de rudesse et d'intensité; le retentissement de la voix et de la toux est devenu plus accusé; pôt fêlé au-dessous de la clavicule droite. Mort le 17 novembre.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, adhérence des poumons à la paroi, particulièrement du poumon droit. Il existe même de ce côté une symphyse pleuro-pulmonaire complète. Du côté des poumons : lésions tuberculeuses banales; énorme caverne du sommet droit.

Adénopathie trachéo-bronchique considérable portant sur les ganglions prétrachéo-bronchiques et sous-bronchiques. Ces ganglions sont indurés, caséeux, du volume d'une noisette à celui d'un œuf. Ils se continuent par une chaîne ininterrompue avec trois ganglions sus-claviculaires reliés eux-mêmes par deux petits ganglions durs, hypertrophiés, caséeux, ayant dans leur ensemble le volume d'un gros œuf de poule. Nombreux ganglions intercostaux. Traînées de lymphangite tuberculeuse dans les espaces intercostaux.

OBSERVATION II

(Observation empruntée à la Thèse d'ARDOUIN, et que nous rapportons pour mémoire.)

K..., âgé de 60 ans, entre à la salle Nélaton, dans le service du Professeur Payrot (hôpital Lariboisière), le 25 septembre 1899, pour abcès froid thoracique du volume d'un petit œuf, siégeant au niveau du 2^e espace intercostal gauche, contre le sternum. Peau normale en ce point. Début il y a quinze jours. Atteint depuis trois ans de bronchite chronique et emphysème. Frère et sœur morts tuberculeux vers 30 ans.

Le 29 septembre : opération (Souligoux-Arduin). Incision de l'abcès, dissection complète de la poche. On ne trouve aucun point osseux malade, ni aucun orifice de communication avec le tissu sous-pleural. Il s'agit d'une gomme du tissu sous-cutané du thorax. On désire cependant pousser

plus loin l'exploration, on sectionne le muscle intercostal au voisinage de la mammaire interne et, là, dans une fossette, on trouve un ganglion lymphatique du volume d'un gros haricot, dur, violacé, non tuberculeux d'apparence. Le 30 octobre 1899, guérison presque complète. Il reste cependant une petite fistule.

OBSERVATION III

(Observation prise dans le service de M. le P^r BÉRARD)

A. D..., bacillose unilatérale gauche, envoyée par M. Ritz pour thoracoplastie. Entrée le 14 mars 1924.

A. H. — Parents morts âgés.

A. P. — Bonne santé. Mariée sans enfants, une fausse-couche à 1 mois 1/2.

La malade tousse depuis 1918. Le diagnostic de bacillose fut porté seulement en 1921 ; traitement d'aération dans des stations. L'unilatéralité des signes ayant été établie, un pneumothorax fut exécuté en janvier 1922 par le D^r Duvernet. On remarque dès ce moment une vaste spélunche à la partie moyenne du poumon gauche. Le pneumothorax ne fut jamais total, le lobe supérieur reste adhérent. Bénéfice fonctionnel net au point de vue de la toux, de la quantité de l'expectoration et de l'état général. Vraie transformation.

En 1923, apparition d'un épanchement dans le pneumothorax ; résorption rapide du liquide, mais symphyse progressive qui réduit de plus en plus en les dimensions de la poche (quantité de gaz insufflé tombe de 700-800 à 150-200 cc. à chaque insufflation). La toux et l'expectoration réapparaissent. Depuis quatre mois, interruption totale du pneumothorax à la suite d'accidents syncopaux. Amaigrissement, sueurs nocturnes. Température vespérale : 38°. Expectoration : 30-70 gr. Pas de troubles digestifs. Perte de l'expansion pulmonaire presque totale à gauche avec réduction du périmètre thoracique à la base de 4 cm (38 à g. ; 42 à d.).

Signes ulcéro-caséux, râles humides au sommet gauche. On trouve plus particulièrement en arrière, à gauche, vers la

partie moyenne, des signes avec gros souffle et râles gargouillants sur la ligne axillaire au même niveau. Signes d'infiltration à la base.

A droite : souffle et râles au sommet. Collection supprimée au niveau de la fesse gauche, apparue depuis trois semaines. Il y avait déjà à ce niveau en 1919 une fistulisation spontanée d'une collection dont la suppuration dura trois mois. Elle serait venue à la suite d'une injection interfessière d'un médicament à véhicule huileux. Aucun signe d'ostéite sur la ceinture pelvienne ni sur l'articulation sacro-iliaque.

Inoculation du pus au cobaye : négative.

Radiographie et examen des crachats positifs.

Intervention le 18 mars 1924 (M. le P^r Bérard).

Anesthésie régionale, injection traçante sur la ligne d'incision et anesthésie tronculaire des quatre derniers nerfs dorsaux supérieurs, dans l'intention de parer à l'insuffisance de la rachi-anesthésie. Celle-ci pratiquée aussitôt après. Résultats excellents, mais pâleur extrême, tachycardie. L'opération s'est passée pour le mieux. Hémorragie très modérée. Etendue de la résection costale : 1 m. 45, dont 4 cm sur la première côte. Irrigation de la plaie au cryptargol, suture sur un gros drain, siphonnage.

Le septième jour, élévation brusque de la température à 40°, avec cyanose et dyspnée. Décès le 28 mars.

Vérification exécutée par M. Guilleminet. Diverses hypothèses ayant été possibles sur les causes d'un décès après intervention dont les premières suites avaient été favorables, on a recherché celles d'entre elles qu'il fallait invoquer :

1° La revision du foyer opératoire a montré un bon état des sutures superficielles et profondes. Ce n'est que sur le plan pleural qu'on a trouvé un aspect d'inflammation de la plaie. La plèvre très épaissie, lardacée, était d'ailleurs complètement symphysée dans la zone répondant aux résections costales. Pas d'ouverture opératoire de la séreuse.

2° *Poumon gauche.* — Gros tassement du poumon, la moitié du poumon droit. Tubercules caséux à la base. Deux grosses spélunches, au sommet et à la partie supérieure du lobe inférieur. Le pneumothorax résiduel apparaissait comme une cavité en galette couvrant la région axillaire dans ses deux tiers inférieurs et la face antérieure du poumon gauche.

Gros épaissement de la paroi de cette poche (plèvre viscérale (plus d'un travers de doigt d'épaisseur). Contenu purulent : 150 à 200 cc. Pas de communication avec le foyer opératoire.

3° *Poumon droit.* — Excavation totale du lobe supérieur dont le parenchyme est réduit à une écorce de quelques millimètres (la radio permettait de suspecter son intégrité).

Dans les deux autres lobes, semis de granulations confluentes en certains points.

Donc, lésions anciennes considérables du poumon droit et lésions récentes intenses.

4° Nombreux ganglions médiastinaux caséeux ou ramollis.

OBSERVATION IV

(Observation prise dans le service de M. le Pr BÉRARD)

L..., 39 ans, présente, en mai 1922, des accidents pulmonaires d'allure grave. La rapidité de leur évolution les ont fait, alors, qualifier de phtisie aiguë. Un peu plus tard, la température persistant, M. Rist est consulté : il porte le diagnostic de pneumonie caséuse et pratique un pneumothorax artificiel.

Le poumon hépatisé se laisse difficilement comprimer ; la température se maintient à 38°.

Le 22 août, pleurésie gauche qui nécessite deux ponctions.

Le 24 novembre, le malade arrive à Hauteville avec un pneumothorax très partiel. On évacue 2 litres de liquide purulent. En janvier 1923, on constate la présence d'un abcès froid du côté gauche. Ponctionné plusieurs fois, il se résorbe spontanément.

A partir du mois de février, l'état général décline : cette aggravation coïncide avec une poussée évolutive dans le sommet ; la base seule est refoulée par le pneumothorax.

En mai, quelques signes discrets apparaissent au sommet droit. Le pneumothorax se réduit de plus en plus, n'admettant que de petites quantités de gaz et sous de fortes pressions.

Brusquement, le 15 juin, après un voyage, une perforation du poumon collabé se déclare. Les jours suivants, la température se maintient à 38°5, avec un état général très précaire. Le 23 juin, M. le Professeur Bérard, consulté, décide de tenter une thoracoplastie.

Intervention le 24 juin 1923 (M. le Professeur Bérard). — On fait une longue incision curviligne postérieure au niveau de l'hémithorax gauche. Les muscles étant sectionnés, les côtes sont découvertes et réséquées, après dénudation, depuis la 10^e jusqu'à la 3^e. On n'étend pas davantage la thoracectomie, en raison de l'état général précaire du malade.

Au niveau de chacun des espaces intercostaux découverts et au contact de la plèvre pariétale, il existe une chaîne ganglionnaire formée par de petits ganglions dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'une olive. Ces ganglions sont durs, réunis par des troncs lymphatiques ayant l'aspect de vaisseaux injectés. On les enlève aussi largement que possible ; quelques-uns sont prélevés aux fins d'un examen anatomo-pathologique.

Parage de la plaie opératoire, les muscles sont réunis. Suture des téguments sur un gros drain.

Le malade succombe le lendemain de l'intervention. L'altération de l'état général, l'imprégnation tuberculeuse profonde, l'existence de lésions pulmonaires bilatérales expliquent cette évolution rapide.

OBSERVATION V

(Observation prise dans la clinique de M. le P^r BÉRARD)

H... François, 47 ans, employé au P.-L.-M., entre à l'Hôtel-Dieu pour une tuméfaction de la paroi thoracique gauche. Le malade n'a pas d'antécédents pathologiques suspects ; cependant, un de ses frères et peut-être sa mère seraient morts de tuberculose pulmonaire.

En décembre 1922, il contracte une pleurésie gauche, qui fut traitée seulement par l'application de vésicatoires et qui se prolonge jusqu'en avril 1923. Au début, le malade eut des

températures élevées, qui bientôt se limitèrent entre 38° et 38°5 ° il souffrait de dyspnée et son état général périclitait.

En juin 1923, assez brusquement, le malade ressentit des douleurs dans le côté gauche, plus particulièrement localisées au niveau des 7° et 8° côtes. Au bout de quelques jours, apparut une tuméfaction qui peu à peu augmenta.

Nous le voyons pour la première fois le 6 juillet 1923 ; il s'agit visiblement d'un malade amaigri, pâle, dont l'état général est précaire. On constate l'existence, au niveau des 7° et 8° côtes gauches, d'une tuméfaction qui a tous les caractères d'un abcès froid. La pression au niveau des articulations chondro-costales.

L'examen thoracique montre des signes discrets aux deux sommets, plus marqués cependant au sommet gauche, où la toux fait apparaître quelques craquements secs. A la base, du même côté, léger épanchement.

Intervention le 13 juillet. On tente de procéder à l'ablation en masse de l'abcès, dont les limites sont circonscrites par l'incision. Mais, au cours de la dissection, on s'aperçoit que l'abcès pariétal communique en réalité avec une vaste poche sous-costale par l'intermédiaire d'un orifice étroit perforant le 7° espace et que cette dernière se prolonge très loin en arrière. On ne découvre pas la moindre altération osseuse, mais pour disséquer et poursuivre la poche profonde, on résèque sur 5 à 6 centimètres les 7° et 8° côtes. On est amené à perforer le feuillet pariétal de la plèvre très aminci et très altéré d'un épanchement cloisonné. En vue de réaliser à ce niveau un affaissement pariétal, on résèque les 6°, 7° et 8° côtes sur 12 centimètres environ. Excision minutieuse de la paroi de l'abcès pariétal. A ce moment, on constate dans le 6° espace, l'existence de deux ou trois ganglions, du volume d'une amande, caséux et entourés d'une coque fibreuse.

On laisse un drain au point déclive et les téguments sont suturés. Le malade eut des suites assez simples. Au bout de quelques jours, le drain fut enlevé, mais il persista une fistule au niveau de l'orifice de drainage. L'état général demeurant précaire, on conseille au malade de partir à la montagne et de s'y soumettre à l'héliothérapie.

OBSERVATION VI

(Observation prise dans la clinique de M. le Pr BÉRARD)

M... Lucien, 16 ans, entre le 27 juillet 1923, envoyé du service de M. le Professeur Teissier, pour une tuméfaction de la paroi abdominale. Le malade ne présente pas d'antécédents pathologiques notables. Quatre mois auparavant, au cours de son travail, il fit un effort assez violent et, à cette occasion, on constata l'apparition d'une petite tuméfaction douloureuse siégeant au-dessous du rebord costal droit. Un médecin porte le diagnostic de rupture musculaire. Pendant deux mois, le volume de la tumeur demeura stationnaire ; au bout de ce temps, elle augmenta progressivement de volume. Le malade n'en souffrait pas ; sa température était normale.

Actuellement, il existe au-dessous du rebord costal droit une volumineuse tuméfaction ayant plus de 10 centimètres dans son plus grand diamètre ; elle présente un peu de rougeur des téguments dans la zone la plus saillante, elle est fluctuante, douloureuse à la pression et présente nettement les caractères d'un abcès froid.

L'abdomen est souple ; l'examen thoracique est négatif ; température normale. Le malade est chétif, infantile.

Intervention le 28 juillet (Dr Santy). La tuméfaction circonscrite par une incision elliptique, parallèle au rebord costal, est excisée. Au cours des manœuvres de dissection, l'abcès est ouvert ; il s'écoule un pus verdâtre dont les caractères sont indubitablement ceux d'un pus tuberculeux. Le squelette est absolument intact. On note l'existence d'une sorte de cavité dont la paroi fibreuse, avec l'aspect d'une coque lardacée, est creusée dans le muscle droit. La dissection de cette coque conduit à travers le muscle jusqu'au péritoine. La paroi de l'abcès est excisée minutieusement. Les téguments sont suturés sur quelques crins de drainage. Dans les jours suivants, la suture se désunit partiellement. La plaie cicatrisa progressivement et guérit parfaitement en même temps que l'état général s'améliorait.

CHAPITRE IV

Essai de pathogénie.

L'appareil lymphatique peut-il être primitivement infecté ou bien une lésion pulmonaire sous-jacente est-elle nécessaire ? Les avis diffèrent quelque peu. Examinons quelques opinions émises à ce sujet, opinions placées en lumière dans la thèse de Souligoux.

ANDRAL fut le premier à étudier les granulations tuberculeuses s'étendant au pourtour de la lésion primitive. LÉPINE (*Archives de Physiologie*, 1870) dit avoir vu une lymphangite tuberculeuse des lymphatiques superficiels du poumon aboutir à un ganglion bronchique volumineux et atteint de dégénérescence caséuse. L'opinion de BARÉTY est, qu'habituellement, le ganglion reflète fidèlement les modifications morbides de l'organe dont il dérive. Faut-il conclure que la tuberculisation d'un ganglion est toujours secondaire ? Non point, car Charcot admet, à côté d'infections par voie lymphangitique, une

infection locale ou directe du ganglion. CRUVEILHIER pense que la tuberculisation ganglionnaire peut être indépendante des organes avec lesquels le ganglion est en rapport de circulation lymphatique. Toutefois pareille éventualité semble être relativement rare, car ce même auteur fait les restrictions suivantes : « *Il est infiniment probable qu'il y a constamment un joint de départ dans l'organe correspondant aux ganglions altérés.* »

Si maintenant nous considérons les observations citées au précédent chapitre, il semblerait que la lésion directe d'un ganglion, soit assez rare. En effet, sur six cas d'adénite tuberculeuse intercostale, quatre nous révèlent des lésions pulmonaires plus ou moins accentuées.

Notre première observation n'est point récente puisqu'elle date de 1886. SANCHEZ-TOLEDO relate l'histoire d'une fillette de 12 ans présentant des antécédents tuberculeux nets, tant héréditaires que personnels. On remarque chez elle l'apparition d'une tumeur du volume d'un gros œuf siégeant dans l'aisselle droite. En outre, au-dessus de chaque clavicule se dessinait un ganglion de la grosseur d'un pois. A l'autopsie, sans insister bien entendu sur les lésions pulmonaires, surtout du côté droit, on remarque qu'il existait une adénopathie trachéo-bronchique considérable intéressant surtout les ganglions prétrachéo-bronchiques et sous-bronchiques. Ces ganglions, les uns durs, les autres caséeux, se continuaient par une chaîne ininterrompue avec trois ganglions sus-claviculaires reliés eux-mêmes par deux petits ganglions à la masse ganglionnaire de l'aisselle. Il y avait aussi des traînées lymphangitiques dans les espaces intercostaux, ainsi que de nombreux ganglions intercostaux infectés.

Dans ce cas, la preuve d'une relation entre les adénopathies sus-claviculaires, axillaires, intercostales et les lésions pulmonaires est établie par leur continuité anatomique. Celle-ci étant assurée par l'intermédiaire des traînées lymphangiques. Cette observation démontre nettement la possibilité d'admettre des adénopathies en l'absence de toute altération du squelette et en relation seulement avec des lésions de tuberculose pulmonaire sous-jacente.

Dans notre troisième observation nous relatons un fait observé dans la clinique de M. le Professeur BÉRARD. La malade était envoyée avec le diagnostic de tuberculose unilatérale gauche. Une thoracoplastie fut exécutée par M. le Professeur BÉRARD; les résultats immédiats en furent excellents; toutefois, malgré une médication active, la malade mourut. La vérification, exécutée par M. Guilleminet, nous montre la plèvre gauche lardacée, épaissie, enflammée, et le poumon lui-même nous présentant deux cavernes ainsi que des tubercules caséeux. Le poumon droit présentait aussi des signes d'infiltration tuberculeuse. De plus, on notait la présence de nombreux ganglions médiastinaux caséeux ou ramollis. Ici encore, aucune lésion squelettique ne peut-être invoquée pour expliquer cette tuberculisation ganglionnaire. Pourquoi alors n'admettrait-on pas, comme dans notre première observation, une relation de cause à effet; c'est-à-dire une infection du ganglion par voie lymphangitique, infection ayant son point de départ dans la lésion pulmonaire? Cette invasion microbienne par la voie des vaisseaux lymphatiques sera encore mise en lumière dans notre quatrième observation.

En effet, au cours d'une thoracectomie faite par M. le Professeur BÉRARD, au niveau de chacun des espaces intercostaux découverts et au contact de la plèvre pariétale, une chaîne ganglionnaire formée de ganglions durs réunis par des troncs lymphatiques fut mise au jour. Les dénudations s'étendaient de la troisième à la dixième côte ; il s'agissait d'un tuberculeux pulmonaire gravement atteint, sans lésion costale. Si les travaux de SOULIGOUX avaient besoin d'une confirmation, on la trouverait dans cette observation. L'aspect de la paroi thoracique reproduisait celui d'une préparation anatomique de l'appareil lymphatique après injection de celui-ci. Les ganglions indurés étaient surtout latéro-thoraciques, logés entre les deux muscles intercostaux et à la partie moyenne de l'espace dans l'épaisseur du muscle intercostal interne. Mais les altérations ne s'arrêtaient point là. En effet, dans les fossettes présternales décrites par SOULIGOUX, les ganglions antérieurs au mammaires internes présentaient les mêmes altérations ; ces mêmes altérations affectaient également les ganglions situés autour des vaisseaux mammaires internes, ainsi que les ganglions postérieurs aux pré-vertébraux. Ces ganglions étaient réunis par des traînées lymphangitiques. La réalité de l'existence des lymphatiques pleuraux en relation avec le parenchyme pulmonaire, d'une part, avec les espaces intercostaux, d'autre part, doit en effet être admise malgré la difficulté de leur injection. Le pronostic de semblables constatations paraît être fâcheux. PÉRON a du reste insisté sur ce fait que les tubercules sous-séreux sont liés aux formes graves de la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Les lésions pleuro-pulmonaires sont donc susceptibles de réaliser des altérations étendues de l'appareil lymphatique de la paroi thoracique. Ces exemples précédents nous ont montré des lésions étendues et sans caséification des ganglions ; l'observation suivante nous mettra en présence d'une adénite localisée évoluant vers la suppuration.

Notre cinquième cas est relatif à un malade n'ayant point d'antécédents personnels suspects, cependant un de ses frères et sa mère seraient morts de tuberculose pulmonaire. En juin 1923, une tuméfaction douloureuse fut perçue entre les septième et huitième côtes ; en même temps que l'auscultation décela des signes discrets aux sommets. M. le Professeur BÉRARD, procédant à l'ablation de l'abcès, constata la communication de celui-ci avec une vaste poche sous-costale, par l'intermédiaire d'un orifice étroit perforant le 7^e espace. Après excision minutieuse de la paroi de l'abcès, M. le Professeur BÉRARD note l'existence de deux ou trois ganglions du volume d'une amande, caséux et entourés d'une coque fibreuse et situés dans les espaces intercostaux adjacents, indépendants de la lésion abcédée. Ces ganglions permettent d'établir la filiation entre la pleurésie initiale, en rapport sans doute avec une lésion pulmonaire dont l'existence pourtant ne peut être affirmée et l'abcès froid pariétal, les côtes étant absolument intactes. L'explication de cet abcès ne saurait être trouvée ailleurs que dans la suppuration d'un ou plusieurs ganglions analogues à ceux existant dans le 7^e espace et dont l'intervention permit de constater la présence. Dans ce cas, les ganglions atteints faisaient partie de la région intercostale et latéro-

thoracique. Dans d'autres observations, ce sont les ganglions appartenant à la chaîne mammaire interne ou mammaire externe, ou prévertébrale qui furent incriminés. Enfin, dans certains cas, on a pu aussi invoquer la suppuration d'un petit ganglion siégeant dans la paroi thoraco-abdominale, ganglion sous-costal ou de MASCA-GNI. Notre sixième observation en constitue un exemple.

Jusqu'ici nous avons relaté uniquement des adénites intercostales consécutives à des lésions pleuro-pulmonaires de gravité variable. Nos deuxième et sixième observations placeront sous nos yeux des localisations tuberculeuses de l'appareil lymphatique thoracique qui semblent bien être primitives.

Un exemple d'abcès froid existant en dehors de toute lésion costale, mais aussi sans lésion pleuro-pulmonaire nous est fourni par la thèse d'ARDOUIN. Il s'agit d'une collection siégeant au niveau du 2^e espace intercostal, en dehors du sternum, sans communication avec le tissu sous-pleural, survenue chez un malade présentant des antécédents collatéraux tuberculeux. Il est permis de penser au caractère primitif de la localisation tuberculeuse, l'auscultation ayant toujours été négative.

Notre sixième observation décrit l'histoire d'un petit malade opéré par M. le Docteur SANTY pour une tuméfaction de la paroi abdominale siégeant au-dessous du rebord costal droit. M. le Docteur SANTY s'est trouvé en présence d'un abcès contenant un pus verdâtre à caractère tuberculeux, dont la coque se continuait jusqu'au péritoine. Le squelette étant intact, les poumons sains, fallait-il invoquer un foyer isolé de myosite tuberculeuse? Mais les cas en sont exceptionnels ! Nous croyons qu'il

faut penser à un abcès né sur place d'une adénite suppurée primitivement développée.

L'existence de lymphangites et d'adénites tuberculeuses intercostales sans altération du squelette apparaît ainsi établie par les faits anatomiques. Elles sont parfois primitives, mais le plus souvent secondaires à des lésions pleuro-pulmonaires sous-jacentes. En ce cas, l'envahissement des ganglions intercostaux comporte la signification d'un pronostic sombre. Il semble traduire une imprégnation tuberculeuse grave et d'ailleurs l'évolution subie par ces malades paraît témoigner en faveur de cette opinion. Le cas cité par SOULIGOUX nous le prouve ; nous en trouvons encore une démonstration dans nos troisième et quatrième observations où l'issue de la maladie fut fatale.

CHAPITRE V

Déductions thérapeutiques.

De cette notion est-il possible de tirer parti dans la thérapeutique soit de la tuberculose pleuro-pulmonaire, soit des abcès froids de la paroi thoracique ?

En ce qui concerne le traitement chirurgical de la tuberculose pleuro-pulmonaire, seul point de vue auquel nous consentions à nous placer, il est certain que la constatation d'un large envahissement de l'appareil lymphatique est d'un fâcheux augure. Dans les cas où il s'agit seulement de lymphangites ou d'adénopathies crues et non ramollies, il est évidemment difficile de prévoir de telles lésions et, par conséquent, d'en tenir compte dans l'appréciation des indications opératoires. *Par contre, la constatation d'un abcès froid ou bien la notion d'un semblable accident dans les antécédents du malade seraient susceptibles de constituer des contre-indications à la thoracoplastie.* Il est certain que notre malade qui fait l'objet de l'observation IV avait à un moment donné

présenté les signes d'un abcès froid, et peut-être eût-il mieux valu tenir compte de ce fait pour refuser la thoracoplastie, indiquée par ailleurs. Notre travail prétend insister sur ce point.

En ce qui concerne le traitement chirurgical des abcès froids, la possibilité d'une origine purement ganglionnaire autorise à étendre à cette catégorie d'abcès la méthode d'exérèse en masse actuellement préconisée. Sans doute il sera nécessaire de rechercher minutieusement, soit un point d'ostéite, soit une arthrite chondro-costale ou sterno-costale, ainsi qu'y ont insisté MM. TIXIER et THÉVENOT, soit une collection sous-pleurale. *Mais en l'absence de toute autre lésion concomitante, on sera autorisé à conclure en faveur d'une adénite suppurée tuberculeuse qu'il conviendra de traiter par l'ablation en bloc des tissus malades, suivie si possible d'une réunion immédiate.* Pareille thérapeutique, d'ailleurs banale, fut mise en œuvre dans notre observation VI ; elle fournit un résultat très satisfaisant.

Conclusions.

I. — La pratique des résections larges sur la paroi thoracique du type thoracoplastie établissent la possibilité d'un envahissement étendu de l'appareil lymphatique au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire

II. — Cet envahissement est représenté, soit par des traînées lymphangitiques, soit par des adénites suppurées réalisant l'abcès froid de la paroi thoracique.

III. — Il faut admettre l'existence d'abcès froids de la paroi thoracique ayant une origine purement ganglionnaire. Cette localisation ganglionnaire étant le plus souvent en rapport avec des lésions pleurales ou pulmonaires sous-jacentes. Exceptionnellement, elle peut être primitive.

IV. — L'envahissement étendu du système lymphatique au niveau de la paroi thoracique comporte une signification pronostique sombre quant à l'avenir du malade et quant aux résultats opératoires, dans les cas où une thoracoplastie est pratiquée.

V. — Les abcès froids d'origine ganglionnaire ou lymphatique doivent-être, dans la mesure du possible, traités par l'exérèse en bloc des tissus malades et la suture immédiate des téguments.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

BÉRARD

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Juin 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- ARDOUIN. — Pathogénie et traitement des abcès froids de la paroi thoracique (*Thèse de Paris*, 1900).
- PÉRON. — Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre (*Thèse de Paris*, 1896).
- SANCHEZ-TOLEDO. — Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1887).
- SOULIGOUX. — Pathogénie des abcès froids du thorax (*Thèse de Paris*, 1894).
- TIXIER et THÉVENOT. — Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire (*Lyon Chirurgical*, 1910).
- VADON. — De l'origine pleuro-pulmonaire des abcès froids thoraciques et de leur traitement (*Thèse de Bordeaux*, 1905).
- VERNEUIL. — Abcès chroniques de la paroi thoracique (Lettre de Verneuil, *Progrès Médical*, 1876).
- WERTHEIMER. — Lymphangites et adénites tuberculeuses des espaces intercostaux (*Revue de Chirurgie*, 1924, pages 70-78).
-

TABLE DES MATIERES

Préface	7
Introduction	9
Chapitre premier. — Historique.	11
Chapitre II. — Anatomie des fossettes de la paroi thoracique et de leurs ganglions. Lym- phatiques de la paroi. Lymphatiques de la plèvre et du poumon	15
I. — Fossettes, ganglions et lymphatiques de la paroi thoracique	16
II. — Lymphatiques de la plèvre	19
III. — Lymphatiques pulmonaires	23
Chapitre III. — Etude clinique	27
Chapitre IV. — Essai de pathogénie	37
Chapitre V. — Déductions thérapeutiques	45
Conclusions	47
Bibliographie	49
